Rok XXIX. Kraków, 23 Sierpnia 1890. Nr. 34.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzéj Obrzut z Pragi.

Dotychczas nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa w ważnéj kwestyi sprawy zapalnéj. Obydwie teoryje Virchowa i Cohnheima, mają wiele za i przeciw sobie i jakkolwiek ta ostatnia zyskuje coraz więcéj podstawy, nie brak przecież poważnych głosów reakcyjnych, mianowicie od czasu odkryć Strasburgera, Fleminga i innych. Faktom stwierdzonym przez doświadczenia Cohnheima przeciwstawiono spostrzeżenia na komórkach stałych w tkankach podległych zapaleniu, spostrzeżenia świadczące o ich czynności proliferacyjnéj.

Pewna część autorów zajmuje stanowisko pośrednie pomiędzy dwiema teoryjami. Upatrując jedyne źródło ciałek ropnych w sprawie zapalnéj ostréj w ciałkach białych wyemigrowanych ze krwi, ta grupa autorów dla zapalenia przewlekłego w narządach miąższowych źródło nowych komórek widzi w proliferacyi komórek stałych (komórki tkanki łącznéj i śródbłonka naczyń krwionośnych).

Główną przeszkodą do posunięcia naprzód naszych wiadomości pod tym względem stanowi trudność tłumaczenia objawów histologicznych, jakie spostrzegamy na tkankach uległych zapaleniu. Aby objawy te dobrze tłumaczyć, trzeba je przedewszystkiem dobrze widzieć, a to stało się dopiero możebnem przy dzisiejszem udoskonaleniu metod badania i po przyswojeniu sobie wielkiéj wprawy technicznéj, jakiéj te badania wymagają.

Zachęcony wynikami, jakie otrzymałem przy badaniach choroby Brighta, używałem wyłącznie metody Fleminga do twardzenia preparatów. Materyjał ze zwłok pochodzący starałem się mieć do dyspozycyi jak najwcześniéj po śmierci, zaś materyjał z doświadczeń na zwierzętach, często *in vivo* wydobywałem i bezpośrednio zanurzałem do rozczynu Fleminga, o ile można świeżo przyrządzonego. W ten sposób stwardłe preparaty okazują mnóstwo szczegółów, które albo wcale nie są widoczne albo tylko niewyraźnie na preparatach w innym płynie stwardłych. W ten sposób nagromadziłem sobie materyjał dosyć obfity z różnych narządów i wyniki badania tego materyjału stanowią przedmiot niniejszéj pracy.

Rozporządzając wielką ilością preparatów można przez porównywania, przez krytyczne ocenianie znaczenia objawów histologicznych przyjść do wniosków znacznie pewniejszych, używając jednéj tylko metody.

W kwestyi sprawy zapalnéj badanie mikroskopowe preparatów ze zwłok pochodzących ma tę wyższość nad doświadczaniem na zwierzętach, że nam przedstawia rzeczywistość, cały szereg objawów faktycznie istniejących, a dotąd albo niewidzianych, albo za nadto jednostronnie tłumaczonych. Do doświadczenia na zwierzętach uciekałem się w tych razach, gdzie mi brakło obrazów przejściowych, owego ogniwa potrzebnego do wyjaśnienia jak z jednego składnika lub pewnéj grupy tychże powstają nowe, nieraz zupełnie różne od pierwotnych.

Moje przypadki dotyczą różnych postaci anatomicznych sprawy zapalnéj, głównie zapalenia w narządach miąższowych, tak zwanego zapalenia interstycyjalnego przewlekłego. Do téj ostatniéj kategoryi zaliczyłem i gruźlicę, mającą bezsprzecznie wiele cech wspólnych z zapaleniem.

Kluczem do zrozumienia wszystkich objawów patologicznych jest bez wątpienia znajomość fizyjologii krwi w naczyniach i poza ich obrębem, a co do nowotworzenia zapalnego w szczególności, nowotworzenie fizyjologiczne. W tym celu badałem łożysko ludzkie i zwierzęce w różnych okresach ciąży, a skłoniło mnie do tego przypuszczenie, że w łożysku, owym narządzie, który w warunkach fizyjologicznych w krótkim stosunkowo czasie, zwłaszcza u zwierząt, do znacznych dochodzi rozmiarów, wszystkie okresy nowotworzenia odbywać się muszą w daleko szybcéj, że zatem obok składników już wytworzonych znajdować się muszą w wielkiéj ilości i składniki przejściowe. Przez porównywanie i analizę spostrzeganych obrazów na pierwszy rzut oka różnych, ale należących do jednego i tego samego szeregu zjawisk, spodziewałem się bliżéj wglądnąć w samą istotę nowotworzenia czyli zbudować sobie owo „jak“ całéj sprawy. Nie pomijałem

przy tem i drobnych zjawisk, które powszechnie za pośmiertne uważamy. I one mają wysoką wartość i dają nam nieraz cenne wskazówki co do zjawisk za życia powstałych. Pod tym względem wspomnę tutaj tylko o krwi w naczyniach się znajdującéj lub wynaczynionéj. I te objawy pośmiertne są wyrazem pewnych własności fizyjologicznych i mają pewną analogiję z objawami *intra vitam* powstałemi.

W mojem badaniu choroby Brighta przyszedłem do wyników nie licujących wcale z panującemi dzisiaj poglądami. Kwestyja pochodzenia komórek okrągłych tworzących naciek w tkance łącznéj międzymiąższowéj, która owłada dotąd cały problem zapalenia, wydała mi się za nadto jednostronną. Obok komórek znajdujemy tam przecież i inny składnik może jeszcze ważniejszy, mianowicie nowo powstające włókienka tkanki łącznéj. Dzisiaj nie jestto bynajmniéj pewnikiem, że włókienka te są produktem komórek, a teoryja ich powstawania pozakomórkowego ma przynajmniéj tyle uprawnienia, co i teoryja przeciwna, która te włókienka wywodzi z pierwoszcza komórek wprost lub jako wydzielinę tego ostatniego. Kwestyja zatem dotycząca początków istoty międzykomórkowéj niemniéj ważna jak pochodzenie komórek pozostaje dotąd ciemną.

W chorobie Brighta punktem wyjścia wszystkich zmian patologicznych były dla mnie naczynia krwionośne kłębków Malpighiego i przestworów międzykanalikowych. Komórki okrągłe, tworzące naciek w pewnych okresach w tkance łącznéj, są to ciałka białe, które wyemigrowały z naczyń krwionośnych, a włókienka tkanki łącznéj równocześnie z niemi, a często i niezależnie od nich występujące, były dla mnie produktem ciałek czerwonych. Długo wahałem się, nim wypowiedziałem zapatrywanie tak śmiałe. Im dłużéj jednak egzaminowałem swoje preparaty, tem więcéj utwierdzałem się w tem przypuszczeniu. Od tego czasu starałem się uzyskać szerszą podstawę dla mego zapatrywania i dlatego nietylko nerki, ale cały szereg innych narządów okazujących stan zapalny, przewlekły, poddałem ścisłemu badaniu w tym kierunku. Przytem przyszedłem do szczegółów pod każdym względem uwagi godnych, rzucających pewne światło na całą przyrodę sprawy zapalnéj.

I) Zapalenia śródmiąższowe wątroby.

Do studyjum zapalenia śródmiąższowego wątroby, miałem kilkanaście przypadków różnych postaci, tak zwanéj marskości wątroby (*cirrhosis*), jakoteż materyjał z doświadczeń na zwierzętach pochodzący. Były to postacie jużto tak zw. zanikowéj, jużto przerostowéj marskości. Zapalenie przewlekłe tego narządu u zwierząt, wywoływałem jużto przez wycinanie pewnych jego części, jużto przez wprowadzanie do niego ciał obcych porowatych lub zbitych. Przez to wywołane zapalenie było wprawdzie ograniczone do części uszkodzonéj, jakościowo nie różniło się jednak od sprawy rozlanéj w całym narządzie. Różnice były tylko ilościowe.

Nie będę opisywał szczegółowo wszystkich przypadków marskości, niepotrzebne powtarzania byłyby wtedy nieuniknionemi. Ograniczę się tylko do rzeczy niezbędnych do zrozumienia przedmiotu i tylko przytoczę przypadki typowe.

1) Przypadek: marskość zanikowa wątroby (*Cirrhosis atrophica*).

N. A., mężczyzna, lat 38, *Ascites, peritonitis obsoleta, hypostasis et compressio pulmonis utriusque.* Badanie mikroskopowe: jestto marskość mono- i multilobularna. Sprawa zapalna okazuje różne okresy rozwoju. W niektórych przestworach portalnych nowo powstała tkanka łączna jest już w wyższym stopniu zorganizowana. Składa się z włókien po większéj części równolegle do obwodu zrazików przebiegających i zawiera nieznaczną ilość komórek, o jądrach wielkich, owalnych, mało wrzecionowatych. W innych miejscach przeważają komórki, o jądrach okrągłych małych, lub komórki wielojądrowe, niczem nie różniące się od leukocytów. Jądra tych ostatnich wypełnione są w całości istotą chromatyczną, albo jestto tylko skupina ziarn mniejszych lub większych silnie safraniną się barwiących bez wyraźnéj osłonki jądra. Inne wreszcie komórki mają jądra o wyraźnéj osłonce, a małéj ilości istoty chromatycznéj. Co do rozmiarów, to są one nieraz znacznie mniejsze od małych leukocytów, w innych razach przewyższają je i stanowią tem samem przejście do owych komórek, o jądrach wielkich, owalnych, ubogich w chromatynę. Lecz nie są to te komórki, które na całą naszą uwagę zasługują.

W opisach marskości wątroby znajduje się w literaturze zazwyczaj ten obraz, że w środkowych częściach przestworów międzyzrazikowych tkanka łączna okazuje najwyższe stopnie organizacyi, to jest zawiera mało jąder, a tylko przy obwodzie zrazika naciek drobnokomórkowy jest najobfitszy. Otóż w przypadku tym zasada ta ma bardzo liczne wyjątki. W niektórych przestworach nietylko nie znajdujemy na obwodzie większéj ilości jąder niż w częściach środkowych, ale w ogóle ta tkanka łączna przedstawia nam zupełnie inne cechy. Przypatrzmy się bliżéj jednemu z takich przestworów. Większa część tego przestworu utworzona jest z jakiejś istoty bladéj, jednolitej, podzielonéj przez zielonawo-żółtawe linijki na różne pola. Te ostatnie mają rozmiary i budowę bardzo różne, okrągłe, owalne, wrzecionowate i wieloboczne. W innych razach pola te przedstawiają się tylko jako blade, małe przestwory między licznemi linijkami w różnych kierunkach krzyżującemi się. W ogóle w pewnych miejscach przeważa owa siatka, w innych owa jednolita istota. W przebiegu owych linijek szaro-żółtawych, często w punktach węzłowych, spotykamy jądra okrągłe, owalne lub wrzecionowate lub zamiast wyraźnych jąder tylko małe ziarenka wydłużone albo kształtów nieregularnych. Dalszem zjawiskiem uwagi godnem w tych polach na pozór jednolitych są wyraźnie widoczne kontury okrągłe, odpowiadające i kształtami i wielkością ciałkom czerwonym krwi.

Tylko w niektórych polach owéj na pozór jednolitéj i to tylko przy znaczniejszem powiększeniu można odkryć kontury ciałek czerwonych; w innych częściach i owa istota i owe linijki zielono-żółtawe, dzielące ją na małe odcinki przeszły zupełnie w tkankę łączną. Ciałka czerwone zlane w ten sposób w jednę masę straciły zupełnie swój barwik, który nagromadzał się na obwodzie ich skupin w postaci owych linijek szaro żółtawych, barwy hemoglobiny. Obok większych pól, w których mieści się po kilka ciałek czerwonych, o widocznych konturach, znajdują się i daleko mniejsze, odpowiadające jednemu lub dwom ciałkom czerwonym.

O bliskim związku histogenetycznym ciałek czerwonych z tkanką łączną świadczy zachowanie się przestworów międzybeleczkowych na obwodzie zrazików, mianowicie w tych miejscach, gdzie nowo-powstająca tkanka łączna wnika z obwodu między beleczki zrazikowe. Dawny przestwór włosowaty, wypełniony jest siatką, o bardzo cieniutkich włókienkach z jednéj ściany naczynia włosowatego ku przeciwległéj przebiegających i krzyżujących się z sobą w różnych kierunkach. W punktach węzłowych téj siateczki widzimy skupiny masy prawie jednolitéj, z któréj owa siatka się poczyna. W pewnych miejscach owa istota nagromadzona w punktach węzłowych nie jest tylko ciałkiem czerwonem, zawierającem hemoglobinę, z którego wychodzą wyżéj wspomniane wypustki jako delikatna siatka. Włókienka téj siatki mają wyraźną barwę hemoglobiny t. j. żółto-zieloną. Komórki wątrobowe zachowują się zupełnie biernie, pierwoszcze okazuje różne okresy rozpadu, jądra nigdzie nie zdradzają czynności proliferacyjnéj. W izolowanych komórkach można było spotkać na obwodzie więcéj jąderek podobnych do leukocytów. Jądro komórki wątrobowéj znajduje się zdala od tych obwodowych mniejszych jąder, zawiera bardzo nieznaczną ilość chromatyny i nigdy w niem nie zauważyłem figur karyjokinetycznych, jak wogóle nigdzie w tym przypadku figur

tych nie znalazłem. Owo nagromadzenie jąder podobnych do leukocytów w obwodowych częściach zanikających komórek wątrobowych uważać muszę za pierwsze objawy tworzenia się tak zw. pseudokanalików, których w tym przypadku jest zresztą bardzo nieznaczna ilość. (C. d. n.)

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Prace Brandta naturalnie sprawiły, że lekarze zajmujący się ginekologiją zaczęli jéj doświadczać, zdobycze swoje ogłaszali; to też od tego czasu datuje się ożywiony ruch literacko-naukowy w tym przedmiocie. Jedni widzieli w sposobie Brandta jedyny sposób trwałego leczenia wszystkich niemal chorób ginekologicznych bez leków i noża; inni znowu, nieraz nie znając zasady i sposobów wykonywania, odmawiali jéj znaczenia, a co więcéj sądzili, iż metoda ta nie da się wykonać z powodu tego, że jest forsowną, że sprowadza rozdrażnienie nerwowowe i nareszcie, że nie ma względu na wstydliwość kobiety. Tak mniemał o niéj prof. Malmsten, nazywając ją *ein ungebührlicher Eingriff in die Geschlechtssphäre des Weibes* i takiż niekorzystny sąd wydał o niéj Reibmayr w swem dziełku [1]). Dotyczyć to miało szczególnie tak zwanego unoszenia macicy, a to dlatego, że zabieg ten wymaga obecności dwóch lekarzy, co w praktyce ginekologicznéj jest rzeczą niemożliwą.

Prawda naturalnie i tu leży w pośrodku. Metoda ta ma zapewne pewne ujemne strony, dotyczączące ułożenia choréj, pozycyi lekarza wykonywającego unoszenie, daléj obecność drugiego lekarza, który palcem w pochwie odpowiednio ułożonym kontroluje ruchy unoszenia, także może być choréj nieprzyjemnem, nareszcie i dosyć długi czas trwania zabiegu, jeżeli się uwzględni, że po unoszeniu następuje mięsienie więzadeł macico-krzyżowych, daléj oddalanie kolan przy wzniesieniu krzyży i nareszcie trzepanie okolicy krzyżowéj i lędźwiowéj. Jeżeli się jednak uwzględni skutek zabiegu, daléj to, że omijamy tym sposobem drogę operacyjną, którą kobiety dotknięte chorobami nie zagrażającemi ich życiu nie łatwo wybierają, a która, szczerze mówiąc, także nie daje rękojmi trwałego wyleczenia, to większa część chorych podda się leczeniu i nawet wkrótce nabiera do niego zaufania, jeżeli lekarz zachowuje mozliwe ostrożności.

Wynikiem polemiki i tego zajęcia się metodą są bardzo liczne prace umieszczane w pismach lekarskich, a i obecnie prawie każdy miesiąc przynosi nam coś nowego w tym względzie, że tu przytoczę pracę: Aspa [2]), Rosensteina [3]), Greulicha [4]), Prochownika [5]), Bungego [6]), Rescha [7]), Preuschena [8]) i innych. Każdy z piszących stara się podać na podstawie własnych prób pewne wskazówki odnośnie do racyjonalnego i należytego stosowania metody. Rok 1886 stanowi dla Brandta i jego metody nową epokę. Dr. Profanter z Wiednia, poznawszy wyniki leczenia sposobem Brandta w klinice profesora Bandla, udał się do Sztokholmu, aby sobie pod okiem Brandta metodę przyswoić, nadto porozumiawszy się z prof. Schulzem w Jenie, namówił Brandta i asystenta jego Dra Nissena, że ci w celu poddania metody krytyce umiejętnéj i zyskania dla niéj aprobaty jednéj z powag naukowych, udali się do Jeny i tam w klinice prof. Schulzego leczyli 16 przypadków chorób ginekologicznych, poddając wyniki krytyce Schulzego. To dało powód do wydania broszury przez Profantera [1]) z przedmową Schulzego, w któréj tenże z uznaniem wyraża się o metodzie, mówiąc, że wzbogaciła ona bardzo naszą dotychczasową terapiję.

Od tego czasu co rok jeżdżą lekarze do Szwecyi, aby pod okiem sędziwego, lecz pełnego sił Brandta nabrać wprawy w wykonywaniu zabiegów, od tego też czasu wydano kilka prac o sposobie Thure-Brandta, między któremi należy przedewszystkiem wymienić pracę Rescha [2]) i Seifarta [3]). Z lekarzy Polaków byli w Sztokholmie: Prof. Jordan z Krakowa i Dr. Bylicki ze Lwowa. Pierwszy opisał sposób Brandta i choroby, przy których jest wskazany, w *Przeglądzie Lekarskim* [4]). O wyleczeniu wypadnięcia macicy metodą Brandta pisał Dr. Strojnowski ze Lwowa [5]) i mówił o nim na zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. 1888. Dr. Sielski [6]) pisał również o metodzie Brandta i wydał o niéj bardzo niekorzystny sąd, przez co naraził się na ostrą krytykę ze strony Arendta w artykule jego z 1890 r. Nie wszyscy jednak są tak szczęśliwi, że mogą poznać metodę u jéj źródła, a chociaż dłuższego potrzebują czasu, aby poznać zasadę i nabrać odpowiednéj wprawy, mogą przecież zapoznawszy się z literaturą, po dłuższych próbach, wykonywanych bądź w klinikach lub szpitalach, dojść do tego, że z korzyścią dla chorych zajmować się mogą leczeniem chorób ginekologicznych mechanicznym sposobem. Przy dobrych chęciach wytrwałości i pracy można się spodziewać pomyślnych skutków. Zawsze jednak leczenie tą metodą musi zostać własnością niewielu, gdyż aby je wykonywać, trzeba być biegłym w dokładnem rozpoznawaniu chorób i zboczeń dotyczących macicy i jéj otoczenia, czego naturalnie od wszystkich lekarzy wymagać trudno, a kto, jak mówi Seifart, potrzebuje sondy, aby w prawidłowych stosunkach rozpoznać, czy macica jest ku przodowi lub ku tyłowi zgięta, ten niech się do mięsienia nie zabiera. Nie wielu też lekarzy tym sposobem leczenia się zajmuje i z powodu braku czasu, gdyż zabiegi te dosyć mozolne, jeżeli mają odnieść pożądany skutek, należy je wykonywać dokładnie i systematycznie. Są niektórzy nawet tego zdania, że leczenie to powinny prowadzić osoby nie fachowe, lecz akuszerki lub posługaczki, bo ono ma ubliżać powadze lekarskiéj. Na to dosyć przytoczyć słowa wielkiego Listera, który operując w odbytnicy, miał powiedzieć, że lekarze o tyle od innych są szczęśliwsi, że cokolwiekby robili okolo chorego dla jego dobra, nic ich powadze ubliżyć nie może. Dlategoto leczenie za pomocą mięsienia nie zawsze odnosiło skutek, bo wykonywali je ludzie, co nie pomódz, lecz zaszkodzić mogli; pomocą prawdziwą może ono być tylko w rękach lekarza.

O działaniu fizyjologicznem mięsienia możemy powie-

[1]) *Die Massage und ihre Verwertung in den verschiedenen Disciplinen der Medizin*, Wien, 1883. — [2]) *Ueber Massage des Uterus. Nord. med. Archiv*, B. X. 1879. — [3]) *Centralblatt für Gynaekologie*, 1881, Nr. 13. — [4]) *Wiener klinik*, 1882, Juli. — [5]) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1882, Nr. 32, 33. — [6]) *Berliner klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 25.— [7]) *Centralblatt für Gynaekol.*, 1887, Nr. 32. [8]) *Centralblatt für Gynaekol.*, 1888, Nr. 13 i 30.

[1]) *Die Masagen in der Gynaekologie*, Wien, 1887. — [2]) Thure-Brandts. *Heilgymnast. Behandlung weibl. Unterleibskrankheiten*, Wien, 1888. — [3]) *Die Massage in der Gynaekologie*, Stuttgart, 1888. — [4]) *Przegląd Lekarski*, rok 1889, Nr. 43 i 44. — [5]) *Przegląd Lekarski*, Kraków, 1878, Nr. 37. [6]) *Centralblat für Gynaekologie*, 1889, S. 4.

dzieć, opierając się na rozlicznych, a bardzo dokładnych pracach, dokonanych na zwierzętach przez Mosengeila, Danilewskiego, Zabludowskiego i innych, że wywiera ono wpływ bezpośredni mechaniczny przez to, że opróżniając naczynia limfatyczne, przyczynia się do wessania szybkiego wysięków, przesięków i wylewów krwawych, do rozluźnienia nieprawidłowych zrostów i pośredni przez zmianę krwi obiegu, drażnienie mięśni bezpośrednie lub pośrednie drogą odruchów i przez to wpływa na szybszą przemianę materyi z czego wynika zmiana w odżywianiu tkanek. Z działania tego łatwo można uczynić wniosek, w jakich to przypadkach przedewszystkiem możemy się spodziewać dobrych wyników z mięsienia w przebiegu chorób ginekologicznych. Słusznie też Resch w artykule swoim[1]) wymienia następujące choroby narządów rodnych kobiecych, w których mięsienie daje w stosunkowo krótkim czasie pomyślne rezultaty i wypełnia braki innych znanych środków leczniczych.

1) Zapalenia przewlekłe i przyostre w miednicy małéj i wynikłe stąd zmiany w położeniu macicy i jéj części dodatkowych.

2) Krwistek zamaciczny i towarzyszące téj sprawie zmiany zapalne na otrzewny.

3) Zapalenie przewlekłe macicy.

4) Obniżenie i wypadnięcie macicy.

To są w rzeczy samėj najważniejsze wskazania, na które zresztą wszyscy się zgodzą.

Mięsienie nie jest tak niewinnym zabiegiem, aby sobie w każdym przypadku i w każdym czasie pozwalać gnieść do woli; w ten sposób moglibyśmy nieraz bardzo zaszkodzić; to też istnieją pewne ścisłe przeciwwskazania. I tak nie należy stosować mięsienia w okresie zapalenia ostrego; w sprawach zapalnych na tle zakażenia, a więc w rzeżączce i gruźlicy w ropniach i nowotworach złośliwych. W pierwszym razie zapalenie może się powiększyć, w drugim sprawa może się uogólnić w ustroju drogą naczyń, a nareszcie przy nowotworach byłaby to praca Syzyfa, a nadto moglibyśmy przez ucisk i nawał krwi wywołać krwawienie. Co się tyczy obniżenia i wypadnięcia macicy, to i w tych razach, jeżeli powłoki brzuszne są mocno napięte lub bardzo tłuste, jeżeli mamy zanik macicy lub osoby zgrzybiałe, u których tkaniny straciły już swą żywotność, a choroba trwa bardzo dawno, to lepiéj nie zaczynać, bo nadzieja nasza zwykle bywa zawiedziona. Aby mięsienie przyniosło pożądany skutek, trzeba wiedzieć: co? kiedy? i jak? mamy masować.

Pierwsze pytanie rozstrzygnie dokładne rozpoznanie, na które stać tylko lekarza obeznanego ze sposobami badania ginekologicznego. Co się tyczy pytania, kiedy można mięsienie rozpocząć, to zdania są podzielone. Thure-Brand, a za nim część jego uczniów, używa mięsienia w każdym okresie sprawy zapalnéj, rozumie się samo przez się, że inaczéj masuje podczas zapalenia ostrego, gdy istnieje znaczna bolesność, bo mięsi bardzo oględnie, krótko, lekko, używając przeważnie ruchów drżących i czyniąc pewne przestanki, poczem poleca okłady. W przypadkach dawniejszych, gdzie gorączka minęła, bolesność jest nieznaczna, wysięk twardszy, masuje silniéj i dłużéj, a choréj pozwala chodzić. Z początku swéj praktyki Brandt podczas regularności leczenie przerywał, dopiero gdy Dr. Nissen przyszedł do przekonania, że u chorych, które się na to zgodziły, mięsienie podczas peryjodu nie tylko nie szkodzi, ale nawet czas leczenia wobec większego przypływu krwi do części rodnych i większéj wrażliwości nerwów naczynioruchowych staje się o wiele krótszym, poleca Thure-Brandt mięsienie w okresie regularności, a do zdania tego przyłączają się Resch i inni.

Należy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób mięsienie wykonywać należy? Wiadomo Panom, że technika mięsienia bez względu na to, w jakiéj gałęzi medycyny ją stosujemy, posługuje się pewnemi stałemi rękoczynami, które różne mają znaczenie, odnośnie do wpływu, jaki wywierają na obieg krwi, na czynności mięśni i nerwów. Nie chcę wyliczać wszystkich nazw przeważnie francuskich, których mamy wyżéj tuzina, powiem tylko, że czterech z nich w ginekologii najczęściéj się używa t. j. *effluerage, vibrations pointées et profondes, massage à friction*, i *tapotement*. Pierwsze są tylko słabszem lub silniejszem głaskaniem wykonywanem dośrodkowo trzecią falangą czterech palców, drugie są to ruchy drżące, przyczem układamy rękę krogulcowato na odpowiednem miejscu i wprawiamy ją w ruchy drżące, trzecie są to ruchy koliste, które również wykonywamy ostatnią falangą palców, a palec duży jest niejako osią, ostatnie jestto trzepanie, które wykonywamy brzegiem rąk od strony palca małego, przyczem ręce są wyprostowane lub lekko zgięte. Musimy jednak mieć na względzie, że Brandt leczy z jednéj strony sprawy zapalne, używając ku temu ruchów wyżéj wymienionych, z drugiéj strony zaś leczy obniżenie i wypadnięcie macicy sposobem oryginalnym, którego jest wynalazcą, a mięsienia używa tylko jako środka pomocniczego, główne zaś rękoczyny, t. j. tak zwane unoszenie macicy (*Uteruslüftung*) oddalanie i zbliżanie ud (*Knieteilung unter Kreuzbeinhebung*) są to zabiegi nie mające wiele wspólnego z mięsieniem.

Jak się jedne i drugie zabiegi wykonywa, opisywać nie będę, raz dlatego, że musiałbym powtórzyć dosłownie to, o czem już wielu pisało, a powtóre, że opis ten mimo dokładności nie daje należytego obrazu techniki wykonania. Kto chce zapoznać się z tą sprawą bliżéj znajdzie dokładny opis w pracy Rescha lub w artykułach Preuschena, prof. Jordana, świeżo ogłoszonéj pracy Arendta[1]). Według słów Brandta należy zawsze zaczynać mięsienie łagodnie i to więcéj w okolicy wypociny, a skoro tkliwość jest znaczna, masować należy krótko, robiąc przestanki i używać najwięcéj ruchów drżących, które nie zwiększają lecz zmniejszają bóle. Gdy się sprawa polepsza, posiedzenia mogą trwać dłużéj, a mięsienie może być silniejsze. Wszystkie ruchy należy wykonywać dośrodkowo, a zatem przy mięsieniu części dodatkowych macicy ku téj ostatniéj, a przy mięsieniu macicy ku ujściu wewnętrznemu. Kiedy w ostatnich trzech latach leczenie chorób kobiecych za pomocą mięsienia stało się głośnem, a wszystkie dzienniki lekarskie podawały wyniki spostrzeżeń i prób pomyślnych w tym kierunku wykonanych, kiedy wreszcie prof. Jordan powróciwszy ze Sztokholmu w Tow. Lek. zasady metody Thure-Brandta przedstawił, a sposób leczenia wypadnięcia macicy za pomocą unoszenia na fantomie pokazał i do doświadczeń i prób zachęcał, nabrawszy przekonania, że sposób ten leczenia jest uzasadniony i racyjonalny, postanowiliśmy zastosować go w klinice prof. Madurowicza w odpowiednich przypadkach, na co otrzymaliśmy od niego zezwolenie. (C. d. n.)

[1]) *Centralblatt f. Gynaekologie*, 1887, Nr. 32.

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1890, Nr. 1, 2 i 3.

III. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj dolnéj (*arteria epigastrica inf.*) przy paracentezie jamy brzusznéj.

Podał
Dr. Rudolf Trzebicky,
docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.
(Dok. Patrz Nr. 33).

29) Zwłoki 28-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu raka żołądka. Brzuch nieco wzdęty, powłoki brzuszne napięte, obwód 79 cm., odległość pępka od spojenia łonowego jakoteż i od *spina ant. sup.* wynosi po 17 cm. Oba miejsca wyboru schodzą się z brzegiem zewnętrznym mięśnia prostego. Tętnice zaś, z których prawa odległa jest 2½ cm. od miejsca wyboru, 5 cm. od linii środkowéj, a 6 cm. od pępka, mierząc w owéj linii skośnéj, lewa zaś tętnica 3½, 4 i 5 cm. (biorąc te same wymiary), oddają dość grube ku zewnątrz biegnące gałązki, odchodzące 5 cm. powyżéj pępka, które się krzyżują z miejscem wyboru.

30) Zwłoki bardzo tłustéj kobiety, zmarłéj z udaru mózgowego. Podściółka tłuszczowa na brzuchu 6—7 cm. gruba, obwód 82 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm., od *spina ant. sup.* 14 cm., wysklepienie powłok brzusznych = 13½—17—24 cm. Zewnętrzny brzeg prawego mięśnia prostego leży ½ cm. na wewnątrz od punktu Monro-Richtera, tętnica zaś prawa biegnie 1½ cm. od tego ostatniego, a 4½ cm. od linii środkowéj. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego lewego znajduje się 1 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica zaś lewa przebiega przez punkt Monroa.

31) Zwłoki 44-letniéj z *endocarditis ulcerosa* zmarłéj kobiety. Brzuch wysklepiony z powodu miernego stopnia puchliny, a wysklepienie to = 10—13½—20 cm., obwód brzucha 80 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup.* 14½ cm. Oba mięśnie proste brzucha sięgają aż do miejsca wyboru, które jest pokryte grubszemi gałązkami mięśniowemi, podczas gdy *art. epigastrica* biegnie 1 cm. na wewnątrz od tegoż, a 3½ cm. od linii środkowéj.

32) Zwłoki 53-letniéj kobiety, zmarłéj z duru plamistego. Brzuch wysklepiony, puchlina mierna, obwód 70 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Mięsień prosty strony lewéj sięga aż do miejsca wyboru, ponad którym przebiega dość spora gałązka tętnicza, tętnica zaś leży 2 cm. na wewnątrz. Stronę prawą zwłok zachowano celem przeprowadzenia innego badania.

33) Zwłoki wyrobnika 57-letniego, zmarłego z raka wątroby. Miernego stopnia *ascites*, brzuch wysklepiony (13—17—22 cm.), odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup. ossis ilei* wynosi po 15 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego leży po obu stronach 1 cm. na zewnątrz, podczas gdy tętnica 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru.

Jeżeli teraz krótko przejdziemy wynik naszych badań, to znajdziemy, że w grupie pierwszéj z 25 zwłok, u 5-ciu (to jest Nr. 5, 12, 16, 19 i 20) tętnica nadbrzuszna (*art. epigastrica*) przebiegała przez ogólnie zalecane miejsce do punkcyi i to w jednym przypadku (Nr. 19) nawet po obu stronach. Daléj w 3 przypadkach (to jest Nr. 9, 16 i 20) odległość pomiędzy tętnicą, a miejscem wyboru była mniejszą niż 1 cm. Wreszcie w 7 przypadkach (z czego w 2 przypadkach nawet po obu stronach) przekonaliśmy się, że *lege artis* wkłuty trójgraniec natrafiał na grubszą gałązkę tętniczą.

W drugiéj, z 10 przypadków złożonéj grupie znaleźliśmy, że tętnica w 2 przypadkach (to jest Nr. 26 i 30) a w jednym z nich obustronnie przebiegała przez miejsce wyboru, w jednym zaś przypadku (Nr. 24) była od tegoż miejsca oddaloną tylko o ½ cm. W téj grupie spotkaliśmy również 6 zwłok, u których grube gałązki tętnicze przebiegały nad punktem Monroa. Że zaś skaleczenie takiéj gałęzi może być zgubnem, dowodzi przypadek P. Bernarda przytaczany przez Hyrtla[1]), a dotyczący kobiety, która po paracentezie jamy brzusznéj, zginęła z powodu krwotoku wewnętrznego, wywołanego uszkodzeniem téj gałązki tętniczéj. Zresztą już Jarjavay zwracał uwagę na „nieprawidłową boczną gałąź *art. epigastricae*, która ku górze i zewnątrz do klatki piersiowéj biegnie i którą przy paracentezie jamy brzusznéj uszkodzić można“. Zdanie to możemy najzupełniéj potwierdzić, co więcéj, napotkałem gałąź tę tak często, że prawie nie zasługuje ona na miano nieprawidłowéj.

Ponieważ napotkaliśmy tak często na sam pień lub grubszą gałąź *art. epigastricae* w miejscu ogólnie przyjętem dla punkcyi, w grupie pierwszéj na zwłokach o brzuchu płaskim, a w przypadkach takich tylko wyjątkowo wydarzyć się może konieczność wykonania punkcyi, przeto samo przez się nasuwało się pytanie, jakteż rzecz się przedstawi w przypadku, gdyby brzuch ten uległ wzdęciu, czyli jakiemu przesunięciu ulegnie punkt środkowy linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* Na to pytanie starałem się w następujący sposób odpowiedzieć:

34) Na zwłokach 34-letniéj kobiety, o powłokach brzusznych wiotkich, obwodzie brzucha = 69 cm., gdzie odległość pępka od spojenia łonowego 14 cm., a od *spina ant. sup.* 13½ cm. wynosiła, oznaczono dokładnie punkt Monro-Richtera, a następnie przez otwór zrobiony w miejscu pępka wstrzyknięto do jamy brzusznéj wodę. Po wlaniu wody wynosił obwód brzucha 73 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm., a od *spina ant. sup.* 17 cm. Środek zaś linii prostéj łączącéj pępek ze *spina ant sup. ossis ilei*, względnie do dawniéj oznaczonego miejsca punkcyi, przesunął się o ½ cm. ku dołowi i zewnątrz.

35) Zwłoki 40-letniéj kobiety, zmarłéj z *insuffitien t. valv. bicuspidalis*. Brzuch miernie wzdęty (12—16—22 cm.), powłoki brzuszne wiotkie, puchlina miernego stopnia. Obwód 90 cm., odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 17 cm. Również i w tym przypadku wlano przez pępek wodę do jamy brzusznéj, skutkiem czego obwód brzucha powiększył się do 96 cm., odległość od pępka do spojenia łonowego wynosiła 19½ cm., do *spina ant. sup.* 20 cm. Wysklepienie powłok brzusznych = 12—16—27 cm. Nowo oznaczony punkt Monroa przesunął się względem dawnego o ½ cm. ku dołowi i zewnątrz. Oba mięśnie proste sięgały swojemi brzegami zewnętrznemi 2 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, podczas gdy tętnice przebiegały 1½ cm. na wewnątrz od tegoż. W miejscu wybranem spotkano sporą gałąź ku górze zewnątrz biegnącą. Po wypuszczeniu wody z jamy brzusznéj przez otwór ponad spojeniem łonowem zrobiony w takiéj ilości, aby brzuch powrócił do swéj dawnéj objętości, znaleźliśmy tętnicę o więcéj nieco niż 1 cm. na wewnątrz od pierwotnego punktu Monro-Richtera, a więc mniéj więcéj jednakie stosunki, tak przed jakoteż i po wlaniu wody do jamy brzusznéj.

36) Zwłoki 40-letniéj kobiety. Rozpoznanie: *Nephritis chronica subseq. hypertrophia cordis sinistri.* Powłoki brzuszne wiotkie, brzuch wysklepiony przez miernego stopnia puchlinę, a wysklepienie to = 10—14—20 cm. Obwód 76 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 17 cm., od *spina ant. sup.* 16¼ cm. Do jamy brzusznéj wlano przez pępek wody aż do objętości brzucha 87 cm., natenczas odległość pomiędzy pępkiem, a spojeniem łonowem wynosiła 20 cm., pomiędzy pępkiem, a *spina ant. sup.* 19⅓ cm., wysklepienie zaś brzucha = 10—14—26 cm. Nowy punkt wyboru przesunął się względem dawnego po obu stronach nieco ku dołowi, a 2 cm. na zewnątrz. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego znajdował się po prawéj 2½ cm., po lewéj zaś 2 cm. na zewnątrz od środkowego punktu linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzonéj, przez który to punkt przechodziła dość wielka gałązka boczna *art. epigastricae.* Tętnica sama leżała w pierwotnem miejscu wyboru, odległa 6 cm. od linii

[1]) l. c.

środkowéj. Następnie wypuszczono wodę z jamy brzusznéj i przekonano się, że *art. epigastrica* nieznacznie tylko przesunęła się ku linii środkowéj.

Jak wynika z tych 3 doświadczeń, przesuwa się środek linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzonéj przy nagłem wypełnieniu jamy brzusznéj płynem, nieco ku dołowi i więcéj lub mniéj na zewnątrz, co w każdym przypadku przemawia na korzyść punkcyi w temże miejscu. Nie należy jednak zapominać, że na zasadzie wyników tych doświadczeń nie możemy czynić wniosków co do stosunków zachodzących u żywych, gdyż takie nagłe powiększenie objętości jamy brzusznéj, zdarzyć się może co najwyżéj w przebiegu gwałtownego niechybnie śmiertelnego krwotoku wewnętrznego w jamie brzusznéj, nagromadzenie się zaś cieczy zawsze tylko powoli postępuje. Prócz tego i codzienne doświadczenie kliniczne nie zupełnie się zgadza z otrzymanemi przez nas wynikami. Rzeczą bowiem jest znaną, że przy mocnem rozdęciu brzucha właśnie przednie części tegoż największemu ulegają rozciągnięciu, podczas gdy z naszych doświadczeń wprost przeciwny wniosek uczynić można. Jeżeli więc teraz krótko zestawimy wynik naszego badania, to dojdziemy do następujących wniosków:

1) W przeważnéj liczbie przypadków środek linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzonéj, nadaje się najzupełniéj na miejsce punkcyi, gdyż ani tętnica, ani téjże gałęzie nie zostają w ten sposób uszkodzone, tętnica bowiem przecina ową liniję prostą zazwyczaj na granicy pomiędzy $^1/_3$ częścią wewnętrzną, a środkową téjże linii.

2) W poważnéj, choć znacznie mniejszéj liczbie przypadków, może być przecież *art. epigastrica* lub też gałąź téjże uszkodzoną przy punkcyi w miejscu Monro-Richtera wykonanéj.

3) Położenie *art. epigastricae* tylko bardzo rzadko jest po obu stronach jednakowe.

4) Ponieważ tętnica przebiega wewnątrz pochewki mięśnia prostego brzucha, przeto przebieg jéj w znacznéj części zależy od położenia tegoż mięśnia, która to okoliczność sprowadzić może znaczne niebezpieczeństwo przy punkcyi wykonanéj w miejscu Monroa, wobec rozstępu mięśni prostych brzucha. Stosunek jednak mięśnia prostego do tętnicy nie jest stałym, gdyż w niektórych przypadkach zauważyć mogłem, iż po téj stronie, po któréj mięsień prosty leżał więcéj na zewnątrz, tętnica właśnie przebiegała bliżéj linii środkowéj.

5) Wysokość, w jakiéj *art. epigastrica* odchodzi od *iliaca*, zdaje się nie mieć żadnego wpływu na dalszy przebieg téj tętnicy.

Na mocy otrzymanych wyników, należałoby jeszcze podać najwięcéj odpowiednie miejsce dla paracentezy jamy brzusznéj. Otóż biorąc rzecz ze stanowiska anatomicznego należałoby się oświadczyć za wykonywaniem punkcyi w linii białéj, gdyż wtedy jest wykluczoną możność skaleczenia, jakiego ważniejszego narządu (z wyjątkiem chyba przyrośniętéj pętli jelitowéj).

Rozumie się, że nie należy tuż nad spojeniem łonowem wykonywać punkcyi, aby przypadkiem nie wbić narzędzia do pęcherza moczowego. Jeżeliby zaś kto nie chciał z jakiego bądź powodu wykonać punkcyi w linii białéj, temu zalecić możemy zewnętrzną połowę linii prostéj poprowadzonéj od pępka do *spina ant. sup. ossis ilei.* Operującemu w linii białéj zalecić jednak musimy, aby się ściśle trzymał linii środkowéj ciała, gdyż wyjątkowo po bokach linii białéj przebiega dość spora gałązka tętnicza, któréj uszkodzenie może być również śmiertelnem. Przypadek tego rodzaju znachodzimy opisany w rocznikach Schmidta (tom VIII., str. 74).

U 25-letniego mężczyzny zrobiono z powodu *ascites* punkcyję, którą już poprzód 2 razy wykonywano i wypuszczono 11 kwart płynu surowiczego, nie zabarwionego bynajmniéj krwią. Potem wystąpiło u tego człowieka osłabienie i wszystkie przypady krwotoku wewnętrznego, a popołudniu dnia następnego chory umarł. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznéj skrzepłą krew, a jako przyczynę krwotoku, zranienie nieprawidłowo przebiegającéj gałęzi *art. epigastricae*, która odchodziła od *art. iliaca externa* nieco powyżéj *ligamentum Pouparthi* i oddawała prawie w tem miejscu, gdzie się zwracała ku przodowi i górze dość znaczną gałąź wewnętrzną, która w kierunku skośnym zmierzała do linii białéj i przebiegała na zewnętrznym brzegu téjże. Blizny po 2 dawniejszych punkcyjach znaleziono w samym środku linii białéj, trzecie zaś wkłucie przechodziło więcéj po boku o kilka włókien i uszkodziło ową wewnętrzną gałązkę. Muszę tu jednak dodać, że podobnie przebiegającéj gałązki bocznéj w przypadkach naszych nie spotkałem.

A teraz jeszcze słów kilka o odpowiedniem postępowaniu, w przypadku nieprzewidzianego skaleczenia tętnicy przy paracentezie.

Od czasów Bellocqa posługiwali się lekarze w takich przypadkach pręcikiem z wosku, który wprowadzano do otworu punkcyi i w ten sposób starano się tamować krwotok. Zamiast pręcika z wosku zaleca Dieffenbach wprowadzenie twardego knotka, który po 3—4 dniach można było usunąć. Natomiast Ford radzi w przypadku krwotoku tętniczego ranę po punkcyi z otaczającą skórą ująć w fałd i przez 6—12 godzin pomiędzy palcami uciskać. Obecnie spróbowalibyśmy co najwyżéj tamponady rany po punkcyi gazą jodoformową, a w każdym przypadku groźniejszego krwotoku należałoby wykonać albo okłucie przez skórę, albo też wprost podwiązać tętnicę broczącą. Tylko w przypadkach rozpaczliwych, przy braku narzędzi i jakiejkolwiek pomocy, można tak jak to w mym przypadku uczyniłem, użyć uciskania *art. iliaca*, co jednak nie łatwo i nie zawsze skutecznie da się wykonać.

Dla chirurga-praktyka, wypływa ztąd zbawienna uwaga, aby nigdy się nie zabierał do punkcyi brzucha o samym tylko trójgrańcu, pomnąc na wydarzyć się mogący krwotok (przy operowaniu nie w linii białéj), lecz że winien być zawsze zaopatrzony w potrzebne narzędzia do podwiązania tętnicy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Hofmann: *Lehrbuch d. gerichtl. Medizin. 5-te vermehrte u. verbesserte Auflage. Erste Hälfte (Bogen 1—30).* Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg.

Dzieło prof. Hofmanna w przeciągu lat kilku ukazuje się już po raz 5 ty; najlepszy to dowód wielkiéj użyteczności i wielkiego rozpowszechnienia książki podręcznéj. I w istocie przyznać należy bez przesady, że książka w mowie będąca jest najlepszem dziełem i że w żadnym języku nie ma odeń lepszego. Jest ono napisane trzeźwo, z wyczerpującem uwzględnieniem literatury tak, że daje wierny obraz obecnego stanowiska nauki; zasługą jego jest, że nie nuży obszerną kazuistyką, nie uchylając się atoli od podania przypadków ważniejszych i pouczających w formie prostéj i zwięzłéj.

Porównywając wydanie 4-te, ogłoszone przed 3 laty, z obecnem, przekonywamy się, że ostatnie w saméj rzeczy zasługuje na miano pomnożonego i poprawionego. W licznych bowiem miejscach natrafiamy dodatki, służące do wy-

jaśnienia wątpliwych kwestyj i wzorowe uwzględnienie wszystkich prac, ogłoszonych w ciągu ostatniego trzechlecia. Tak np. autor poświęca ustęp o działaniu broni palnéj małego kalibru według doświadczeń Brunsa i Habarta, omawia znaczenie ustawy z dn. 28 grudnia 1887, odnoszącéj się do zabezpieczenia robotników w razie przypadku, jako też podobnéj ustawy niemieckiéj z r. 1884 (str. 317—319), podaje spostrzeżenia Mittenzweiga, tyczące się niedokrewności złośliwéj (str. 356), Reubolda i Diettriecha, zbijające zdanie Zenkera o nagłéj śmierci z powodu kowotoku trzustkowego (str. 358), Paltaufa o dochodzeniu wścieklizny i obrażeniach za życia powstałych, a nie przedstawiających reakcyi (str. 281, 368); bardzo ważnym jest ustęp (str. 373), w którym autor przestrzega przed zbyt pospiesznem przypuszczaniem związku przyczynowego między zapaleniem opon mózgowych a ukaraniem dzieci do szkół uczęszczających, choćby takowe nastąpiło na krótki czas przed zasłabnięciem, gdyż zasada „*post hoc propter hoc*“ jest tu bardzo chwiejną; co najwięcéj można związek taki przypuścić, jeżeli się zdołało wykazać uraz zewnętrzny lub wewnętrzny i jeżeli od tego urazu wywieść można zakażenie ropne; ale i w takim razie należy uznać chorobę li tylko za przypadkową przyranną; szybkie wystąpienie choroby po urazie i bieg jéj jeszcze niczego nie dowodzą. Wzbogaconą jest także literatura powstania gruźlicy wskutek urazu (str. 377). Pomiędzy płynami, poleconemi do odświeżenia plam krwawych, znajdujemy wzmiankę o podanym przez Rezzonica 10% rozczynie kw. szczawiowego (str. 428) i o wodzie destylowanéj nasyconéj kw. węglowym, poleconéj przez Kleina, a poprzednio przez Struvego, daléj o doświadczeniach Katayamy nad nierozpuszczalnością krwi, ogrzanéj poprzednio do 140° (str. 430), wreszcie o sposobie Misuraki (str. 438) i Copemana otrzymywania kryształów hemoglobinowych, które są nader ważnemi nie tylko celem rozpoznania krwi, ale i do rozróżnienia gatunku krwi. W rozdziale o obrażeniu czaszki napotykamy dodatki na podstawie prac najnowszych, oraz o pracy Brouardela nad moczówką cukrową jako następstwie obrażenia głowy (str. 465); w ustępie o symulacyi ślepoty jednoocznéj wspomina autor o najnowszym sposobie, podanym przez Haupta, który polega na tem, że podejrzanemu daje się przed oko rzekomo ślepe szkło białe, przed zdrowe zaś czerwone i każe mu się czytać druk zielony na tle czarnem; ponieważ szkło czerwone pochłania promienie zielone, więc badany okiem zdrowem widzi wszystko czarno; jeżeli zaś mimo to czyta druk przedłożony, to dowód, że go czytał okiem drugiem, a zatem, że ślepotę na tem oku tylko udaje. Próba ta jest dosyć pewną, jednak, jak przekonaliśmy się i uczniom demonstrowaliśmy, wtedy tylko, jeżeli się używa szkła ciemno-czerwonego, a jeżeli się ma przed sobą druk zielony drobny na tle czarnem; jeżeli bowiem szkło jest jasno czerwonem. lub druk zielony jest większy, wtedy czytać go można. W rozdziale o obrażeniu klatki piersiowéj (str. 474) autor opierając się na pracy Littena, Weichselbauma i Petita przypuszcza możność powstania prawdziwego zapalenia płuc krupowego wskutek urazu, co z doświadczeniem sądowo-lekarskiem w zupełności się zgadza; w końcu nieco obszerniéj aniżeli w wydaniach poprzednich zastanawia się nad t. zw. nerwicami urazowemi (str. 477, 478). Kazuistyka wzbogaconą została już to własnemi przypadkami autora, już też to przypadkami obcemi: Krattera, Messerera, van Doremata i sprawozdawcy. Liczba rycin pozostała niezmienioną (88 w pierwszéj połowie). Ukazanie się drugiéj połowy dzieła zapowiedzianem jest jeszcze w ciągu roku bieżącego; zawierać ono będzie ważniejszą część przedmiotu i wątpić nie można, sądząc po sumienności autora, że i ono godnie odpowie swemu zadaniu, że więc tym sposobem dzieło całe utrzyma się na stanowisku swem jako najlepsze ze wszystkich tegoczesnych. *Prof. Blumenstok.*

V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Na sekcyi okulistycznéj głównemi przedmiotami rozpraw były: jaglica, sympatyczne cierpienia oczu, anomalije refrakcyi i oftalmometryja. Na jednem z posiedzeń prezydował prof. Helmholtz, któremu urządzono owacyję. Drowi Rostniniemu z Medyjolanu, który wystąpił z dziwnemi zarzutami, prezydujący prof. Wolfring słusznie przerwał głos, chociaż nie w odpowiedniéj formie. Nieprzyjemne to zajście okupiło się przeszło 50 odczytami i referatami, z których wiele było przedyskutowanych. Na wystawie było mnóstwo instrumentów, przyrządów optycznych, opatrunków, wzierników, sztucznych oczu i środków odnoszących się do okulistyki. Zwracaliśmy uwagę z kol. Wicherkiewiczem na prześliczne drobnowidowe preparaty, osobliwie injekcyje błon ocznych i sagitalne cięcia patol. gałek ocznych, wyroby okulisty Schöbla z Pragi, a także na amaurograf dra Wojciechowskiego z Kalisza. — Notujemy tu fakt, iż wśród czasopism i wydawnictw lekarskich w rozmaitych językach, jakie oglądaliśmy na wystawie, spostrzegliśmy tylko jedno polskie, a mianowicie *Nowiny Lekarskie*, znakomicie redagowane. Dla czego inne Redakcyje krajowe nie nadesłały swych pism i wydawnictw? („Przegląd lekarski“ był posłany na wystawę a mianowicie I. półrocze, *przyp. Red.*).

Great attraction zjazdu stanowiły zazwyczaj krótkie odczyty, wypowiedziane na 3 ch posiedzeniach uroczystych przez pierwsze znakomitości na polu medycyny.

I tak na pierwszem posiedzeniu przemawiali: twórca przeobrażenia w sposobie opatrywania ran Lister i słynny Koch.

Pierwszy mówił: „o obecnem stanowisku chirurgii antiseptycznéj“ *(The present position of antiseptic surgery)* i oświadczył, że na drodze doświadczeń poczynionych z różnemi przetworami lekarskiemi pod względem ich działalności antiseptycznéj zdołał wykryć nowy środek trwale antiseptyczny t. j. sinek cynkowo-rtęciowy *(Zink-Quecksilbercyan)*, którego użycie zapowiada niesłychane korzyści przy opatrywaniu ran wszelkiego rodzaju.

Z nie mniejszą ciekawością wyczekiwano przemówienia Kocha, który po mistrzowsku skreślił cały bieg dotychczasowych postępów w dziedzinie bakteryjologii, oraz omawiał trudności w umiejętnem przeprowadzeniu badań, tudzież łatwo zdarzające się pomyłki, które zaćmiewiają należyty pogląd na wyniki umiejętne bakteryjologii. W wykładzie swym zaznaczył wyraźnie Koch, że dotąd bakteryjologija nie zdołała żadną miarą wykryć pierwiastka etijologicznego wielu chorób, a w pewnéj grupie chorób zakaźnych, połączonych z wysypką (jakoto: odra, szkarlatyna, ospa, tyfus wysypkowy) prawdopodobnie stanowią specyficzny przyrzut chorobowy „nie bakteryje“, lecz tylko drobnoustroje pierwiastkowe *(protozoische Mikroorganismen)*, podobnie jak je już prawdopodobnie wykryto w zimnicach, a zbadanie tych mikroorganizmów pod względem ich żywotności i rozwoju należy dopiero do przyszłości.

Co do zastósowania wyników badań bakteryjologicznych do praktycznych zadań medycyny, to oczywistą jest rzeczą, że cała nowa nauka o desinfekcyi, o oczyszczaniu wody za pomocą przesączania, badania powietrza i pokarmów opierają się li tylko na owocach poszukiwań bakteryjologicznych. Co więcéj nawet należy się również od doświadczeń tego rodzaju spodziewać, że pomogą one nam wyświetlić, jak przetwory lekarskie oddziaływają bezpośrednio na bakteryje wywołujące różne choroby, zwłaszcza zaś choroby o przebiegu przewlocznym, przeciw którym nauka lekarska dotąd napróżno albo z bardzo małem powodzeniem walczyła.

To też Koch obecnie całą swoją uwagę zwrócił na wykrycie takich leków, któreby powstrzymywały dalszy rozwój laseczników gruźliczych i pod osłoną tajemnicy zapowiada, „że udało mu się wykryć takie przetwory, które wstrzyknięte świnkom morskim bez jakiéjkolwiek szkody dla ich organizmu, sprowadzały ochronę od laseczników tuberkulicznych, tak, że świnki zdrowe opierały się skutecznie przeszczepianiu gruźlicy, a świnki już gruźlicą dotknięte nie okazywały dalszego rozwoju i sprawa gruźlicza u nich przycichła“. Gdyby w istocie Kochowi udało się wykrycie metody leczenia antibakteryjalnéj gruźlicy, zdobyłby sobie niewątpliwie niespożyty wieniec zasługi i wdzięczność prawdziwą

ze strony całéj ludzkości, w któréj gruźlica w nowszych czasach szczególniéj ogromne robi wyłomy.

Umyślnie trochę obszerniéj naszkicowałem nowe prądy w działalności Kocha, który wbrew swemu zwyczajowi podzielił się z kongresem myślami, zaprzątającemi obecnie jego działalność i kierunkiem niedokończonych jeszcze nowych doświadczeń.

Na ogólnem posiedzeniu odbytem we środę w dniu 6-go sierpnia przemawiali:

1) Prof. Bouchard z Paryża „o sposobach zarażania się i o oporności“ (*Le méchanisme de l'infection et de l'immunite)* a 2) Prof. Axel-Key ze Stockholmu: „o dojrzewaniu młodzieży i o stosunku tegoż dojrzewania do objawów chorobowych u młodzieży szkolnej“.

Na temże posiedzeniu dokonano wyboru sekretarzy, mówiących biegle językami obcemi, oraz wybrano „Rzym“, jako siedzibę przyszłego zjazdu międzynarodowego lekarskiego.

Licznie zgromadzeni lekarze rosyjscy usiłowali zaprosić lekarzy na kongres międzynarodowy do Petersburga, lecz usiłowania ich tym razem spełzły na niczem, albowiem telegraficzna odpowiedź brzmiała odmownie. Tak więc obecnie Petersburg może nie ujrzy w swych murach przedstawicieli nauki lekarskiéj, która, jak w pięknem swem przemówieniu zapowiedział Virchow, pielęgnuje tylko cele humanitarne, a jest zawsze posłanniczką pokoju i postępów na drodze prawdziwéj oświaty!

Na trzeciem i zarazem ostatniem posiedzeniu ogólnem, odbytem w sobotę w dniu 9-go sierpnia r. b. przemawiali:

1) Dr. Horacyjusz Wood z Filadelfii: „o znieczulaniu“ (*of anaesthesia)*;

2) prof. Cantani z Neapolu „o antipyrezie“, a w drugiéj w połowie posiedzenia po przerwie mieli jeszcze odczyty;

3) prof. Meynert z Wiednia: „o współdziałaniu części mózgu“;

i 4) prof. Stokvis z Amsterdamu: „o porównawczéj patologii ras ludzkich, o oporności Europejczyków w krajach podzwrotnikowych“.

W ostatnim odczycie udowadniał Stokvis, że Europejczycy bardzo dobrze znoszą pobyt w gorących krajach i przy zachowaniu należytych ostrożności w sposobach żywienia się oraz dbając o higieniczne urządzenie mieszkań, mogą ustrzedz się wszelkich chorób dziesiątkujących nieraz krajowców, którzy nie przestrzegając tych prawideł ulegają morderczym epidemijom i endemiom. Postępy pod względem higienicznym uczyniły z okrzyczanéj wyspy Jamajki kraj bardzo nadający się do pobytu dla Europejczyków, albowiem śmiertelność tamże obecnie jest mniejszą, aniżeli we Włoszech i w Hiszpanii. Europejczycy nie nadużywając napojów wyskokowych unikną snadnie i gorączki żółtéj, a w miarę zbawczéj działalności higijeny publicznéj zmniejszą się nieskończenie przypadki zimnic, cholery i czerwonki. Co do gruźlicy, to krajowcy o wiele częściéj giną skutkiem téj choroby w krajach podwzrotnikowych, aniżeli Europejczycy; a ciekawy ten fakt naukowy opiera się na dokładnych spostrzeżeniach naukowych prowadzonych konsekwentnie przez całe dziesiątki lat.

Na zakończenie kongresu przemawiał przewodniczący Rudolf Virchow, a żegnając serdecznie wszystkich, szczególniéj zaś lekarzy przybyłych z dalekich stron, uwydatniał raz jeszcze w pięknem przemówieniu, że w Niemczech głowy zaprzątnięte są pracą pokojową, a w pracy téj znikają wszelkie różnice, ras i wyznań religijnych, bo wszyscy do wspólnéj pracy podają sobie bratnie dłonie.

Niemcy nigdy nie zapomną pięknych dni kongresu lekarskiego i wydatnéj pracy naukowéj. W końcu podziękował przewodniczący za poparcie celów kongresu „cesarzowi, państwom związkowym, wszelkim władzom rządowym i miejskim“, a zakończył okrzykiem: „oby prace kongresu pomogły do zbratania się ludzi i do pokoju narodów. Do widzesię w Rzymie“. Delegat Stanów Zjednoczonych Mr. Billings podziękował komitetowi za serdeczne przyjęcie, a również i prof. Schnitzler, jako delegat rządu austryjackiego, w dziękczynnem przemówieniu podniósł znakomite sanitarne urządzenie miasta Berlina, wspaniałość wystawy lekarskiéj, która ma rzucić podwalinę do urządzenia muzeum lekarsko technicznego i wypowiedział zdanie nader pochlebne dla obecnego kongresu, który pod względem ilości członków i świetności urządzenia prześcignął kongresy dawniejsze odbyte w Londynie i w Kopenhadze.

Imieniem obcych narodowości przemawiali Csatary delegat węgierski, Dr. Kitasato z Tokio w Japonii, delegat japońskiego towarzystwa higienicznego; prof. Sklifonowski z Moskwy, prof. Thiry z Brukseli, prof. Holmgren z Upsali, prof. Bouchard z Paryża, a w wymownych słowach przemawiał w końcu bardzo pięknie po łacinie, prof. Baccelli z Rzymu, wyrażając podziw dla uczonych Niemiec, uznanie za kierownictwo kongresem, wysokie poważanie dla posiwiałego prezesa tegoż, Virchowa i żegnając wszystkich uczestników słowami: „Do widzenia się w Rzymie“, zakończył swą mowę na którą również po łacinie odpowiedział Virchow, zamykając zarazem uroczyste ostatnie posiedzenie zjazdu, który u wszystkich miłe wspomnienia pozostawi. (C. d. n.).

Dr. Obtułowicz.

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

Wykład XXXII. Kol. Obaliński: „O nowym sposobie wypiłowania stępu (*resectio tarsi*).“ Metody operacyi na stopie dają się na pewne grupy podzielić. Jedne służą do dostania się do stawu i wykonania wypiłowania, inne do *resectio tarsi*, inne do amputacyj osteoplastycznych, a najskąpsza ilość sposobów służy do wydalenia drobnych kości śródstopia. Metoda prelegenta powstała wskutek odrazy, jak się wyraził, do przecinania poprzecznego ścięgien, co dawniéj wykonywano. Sposoby Bardenmeyera i Linka właśnie z cięciami poprzecznemi stoją w przeciwieństwie do metody kol. Obalińskiego, który wchodzi nożem resekcyjnym pomiędzy palce stopy i to w przestrzeni między 3 cim i 4-tym palcem, gdyż idąc między niemi nie obraża się ścięgien, a szczeliną tą wprost wchodzimy do kości skokowéj. Rzecz naturalna, że asystenci palce dokładnie od siebie oddalają i z tego miejsca łatwo jest wyłuszczyć kości chore, klinowe i sześcienne.

Wykład XXXIII. Kol. Jasiński: „O kontrakturach histerycznych u dzieci.“ Od dawna zauważył prelegent, że pomyłki rozpoznawcze chorób stawów u dzieci zbyt często się wydarzały, to też zestawił on szereg spostrzeganych takich pomyłek, a objaśniając je fotografijami, opisuje poszczególne przypadki. I tak np. rozpoznano u pewnéj choréj ostre, bo z bólami połączone zapalenie stawu biodrowego. Tych samych rodziców dziecko drugie zachorowało tak samo. Rozpoznano również takie same zapalenie. Badanie bliższe wykazuje nadmierną fleksyję do tego stopnia, że pięta wytworzyła formalny odcisk na pośladku. *Per rectum* nie można było znaleźć żadnéj zmiany. Do tego dołączony silny i głośny kaszel, bez zmian w płucach i brak jakichkolwiek zmian w obydwu stawach biodrowych rzucały podejrzenie histeryi. Chloroformowanie nie powiodło się z powodu silnych napadów owego kaszlu, dopiero suggestyja i cudowna woda z Lourdes przywróciły stan fizyjologiczny. II-gi przypadek dotyczy dziecka 6-letniego z przykurczeniem obu kończyn. Badanie wykazuje przykurczenie, bolesność, obrzęk i odleżyny, a wywiady wskazują na przebyte napady histero epilepsyi. W narkozie wyrównano zmiany i założono spodnie gipsowe; dziecko dostało kontraktury kończyn górnych. Podobne przypadki zauważono z *pes aequinovarus* i skrzywieniem kręgosłupa.

W dyskusyi zabierają głos: Kol. Obaliński, który spostrzegał 3 do 4 razy podobne przypadki, a oprócz niego kol. Bossowski.

Wykład XXXIV. Kol. Gabryszewski: „O neuropatycznych chorobach stawów“ (z przedstawieniem choréj). Kol. Gabryszewski przedstawia sprawę chorób nerwowych stawów wykrytych już przez J. K. Mitschella, a jako szczególny typ choroby opisanych przez Charcota

w uwiądzie rdzenia. T. zw. *artropathia tabidorum* okazuje cały szereg szczególnych i sobie tylko właściwych klinicznych objawów, jako to: 1. powstaje nagle, bez zwiastunów; 2. nie okazuje żadnych objawów zapalnych; 3. zaczyna się zwykle obrzękiem stawów i charakterystycznem obrzmieniem części miękkich sąsiednich; 4. odznacza się zupełną bezbolesnością; 5. sprowadza zwykle ciężkie zniszczenia stawowych części kości, zwolnienie więzadeł i torebki, które się objawiają trzeszczeniem, dyslokacyjami i ogromnie staw cepowy przypominającą ruchomością „*les jambes des polichinelle*.“ Tego rodzaju obrazu nie okazują żadne inne cierpienia stawowe, dla tego też zarówno sam Charcot jak inni francuscy i niemieccy autorowie uważają te zmiany w stawach za osobną chorobę, będącą w ścisłym związku z uwiądem, zależną bezpośrednio od układu nerwowego, a polegającą albo na zmianach w ośrodkach nerwowych (w szaréj istocie sznurów przednich), albo na zwyrodnieniu nerwów obwodowych (Weizsäcker, Sonnenburg). Przeciw temu jednak pojmowaniu rzeczy odezwały się tak poważne głosy, że sprawy téj, jak dotąd, nie można uważać za załatwioną. Szczególnie na kilku posiedzeniach towarzystwa lekarskiego w Berlinie w listopadzie 1886 r., gdzie o téj sprawie obszernie mówiono, wystąpił Rotter ze zdaniem, że wszelkie choroby w stawach w t. z. *arthropathia tabidorum* są tylko przypadkami *arthritis deformans* lub *arthritis traumatica*, a szczególny ich przebieg i szczególne zmiany są wynikiem specyjalnych a niekorzystnych warunków, jakie dla nich stwarza choroba rdzeniowa, (*tabes, syringo-myelia*). Te niekorzystne warunki widzi Rotter w ataksyi i analgezyi, w niesprawnych i niepowściągnionych ruchach i w zupełnéj bezbolesności stawu. Przytoczony przypadek Beusch Wolffa, gdzie chory w marszu złamał sobie nasadę goleni śródstawową, poczem jeszcze szedł bez bólu, dopiero ogromny następowy obrzęk zwrócił jego uwagę, tłomaczy wybitnie powstawanie i rozwój téj choroby. Skutkiem braku bólu chorzy nadużywają cierpieniem dotkniętych stawów i sprowadzają sobie zniszczenia i tak ciężkie zmiany, jakie przedstawia *arthropathia tabidorum*. Zdanie to popiera sam Virchow, który przypuszcza tylko, że upośledzenie odżywienia kości jest tutaj *causa praedisponens*. Nie wszystko jednak można wytłomaczyć tą drogą, a już najbardziéj przeciw temu przemawia najpierw okoliczność, że ta sprawa chorobowa rozwija się najczęściéj w okresie przedataktycznym, potem, że zdarza się i na górnych kończynach nie tak obciążonych i ataksyją nie dotkniętych, wreszcie, że występowała nagle u osób, które kilka miesięcy w łóżku leżały. (Ciekawy przypadek Requarda). Prócz tego badania Lijonvilla, Heidenreicha, Bluncharda wykazały istotne zmiany w kościach, miękkość, porowatość i zwiększenie w dziesięćkroć kanałów Hawersa, a Requard stwierdził zmniejszenie fosforanów wapna na rzecz tłuszczu. Czerny też przypuszcza zaburzenia trofo neuryczne, sprowadzające zwichnięcie równowagi składników organicznych, w stosunku do nieorganicznych w kościach. W naszym przypadku badania nie są jeszcze skończone, więc trudno wypowiadać jeszcze twierdzenia, zdaje się jednak, że pierwotne przypuszczenia Charcota więcéj przemawiają do przekonania. (Przedstawienie choréj).

M. S. l. 48 spostrzegła nagle przed 8 laty w prawem kolanie obrzęk, który po 24 godzinach się zmniejszył, ale kolano pozostało pokrzywione, na wszystkie strony, ruchome, chrupoczące przy ruchach. Po 2 latach to samo stało się z kolanem lewem i od tego czasu chora bez przerwy leży. Kobieta dobrze odżywiona, okazująca wybitne cechy uwiądu rdzenia, ma prawe kolano zresekowane, lewe przedstawia charakterystyczne wejrzenie cierpienia stawu uwiądowego, zgrubiałe, z nierównościami guzowatemi, ruchome na wszystkie strony, pozwala wyczuć masę jakoby olbrzymich myszy stawowych i wydaje się jakby worem pełnym kamieni. Wypiłowany staw przedstawia płaszczyzny stawowe nierówne, zeszlifowane, oderwane całe kłykcie, a torebka stawowa zwyrodniała, pełna wyrośli i kosmków, zawiera całe tarcze kostne, nie pozwalające wyróżnić rzepki, a prócz tego masę drobniejszych kostnych lub chrzęstnych grudek nieregularnych, ale wygładzonych. Dyjafizy kości podudzia szczególnie poprzerastane tkanką łączną i tłuszczem. Sama tkanka kostna jakkolwiek zmieniona, stawiała przy piłowaniu silny opór i raczéj wydawała się stwardniałą niż zanikłą.

Dyskusyja. Kol. Obaliński w przypadku, który spostrzegał, zrobił obustronną resekcyję. Kol. Szuman skłania się do teoryi złamań wskutek ataksyi w wiądzie, gdy kol. Gabryszewski przypuszcza raczéj zmianę w kościach jako powód łatwych złamań.

Wykład XXXV. Kol. Trzebicky: „Okazanie preparatu zgorzeli starczéj kończyny dolnéj.“ W okazie przedstawionym przez kol. T. mamy wybitny, a zarazem ciekawy przypadek zgorzeli starczéj, ciekawy dla tego, że krążenie odbywało się tu przez *art. tibialis antica* nader cienką, a *tibialis postica* była zupełnie zamknięta.

Wykład XXXVI. Kol. Sawicki: „O cheilijoplastyce.“ Dobry wynik cheilijoplastyki żależy od użycia płatu z błoną śluzową. Dla tego też operacyje wykonane podług sposobu Langenbecka, Webera itp. dają wargę niekształtną, która kurczy się, obnaża zęby, daje powód do ciągłego ślinienia. Dla uniknięcia tego zaleca kol. Sawicki w tych przypadkach, w których trzeba zadowalniać się płatem bez błony śluzowéj, używać jednego z trzech następujących sposobów.

1) Wszywanie płata zdwojonego, zalecane przez Israëla do załatania lica.

2) Wszywanie płatu zwróconego naskórkiem do wewnątrz, okrwawioną zaś powierzchnią na zewnątrz; przytem jednocześnie zwróconą na zewnątrz powierzchnię należy pokryć płatkami Thierscha. Sposób ten Ritschl stosował z dobrym skutkiem przy plastyce lica.

Wreszcie 3) Wszywanie płata w ten sposób, aby skóra zwróconą była ku zewnątrz, powierzchnia zaś pokryta płatkami Thierscha ku wewnątrz. Ostatnią operacyją zaleca prelegent wykonywać w następujący sposób: Płat czworokątny wycięty z szyi z szypułą na szczęce wywija okrwawioną powierzchnią na zewnątrz, brzeg zaś jego, przeciwległy szypule wszywa w wolny brzeg braku. Jednocześnie okrwawioną powierzchnię okrywa się płatkami Thierscha. Gdy zeszyte miejsce zrośnie się i płatki przyjmą się, szypułę należy przeciąć, płat wywinąć skórą na zewnątrz i wszyć w okrwawione boczne brzegi braku. Tym sposobem szypuła wytworzy brzeg wargi. Sposobu tego prelegent jeszcze nie stosował, przypuszcza jednak, że powinien on dać wargę dosyć kształtną, a nadto usunąć tę niedogodność, jaką tworzy wyrastanie włosów do jamy ustnéj, przy stosowaniu dwu pierwszych sposobów. Niedawno w przypadku powrotu raka szczęki dolnéj zmuszony był kol. S. wykonać plastykę całéj dolnéj wargi, połowę górnéj i części lica. O zastosowaniu płatów z błoną śluzową, mowy być nie mogło, tembardziéj, że chory przed laty dwoma już był operowany sposobem Jaeschego. Kol. S. użył pierwszego z podanych powyżéj sposobów. W tym celu ze skóry szyi wyciął drugi płat czworoboczny z szypulą na szczęce. Płat ten wykręcił okrwawioną powierzchnią na zewnątrz; następnie na brzegu przeciwległym szypule nadciął go na powierzchni 3 cm. tak, że część jego mająca wytworzyć obiedwie wargi, rozdzielona była na dwa czworoboczne płaty. Teraz skórę każdego z tych dwu płatów zagiął w ten sposób, że wytworzył z nich dwa trójkąty, zwrócone przekątnemi ku sobie. Tą drogą otrzymał gotową połowę wargi górnéj i dolnéj. Drugą połowę wargi dolnéj wytworzył już z innego płata, wziętego z okolicy podszczękowéj i zwróconego okrwawioną powierzchnią ku zębom. Wycięty z szyi płat przyszył na licu do błony śluzowéj części sąsiednich, poczem połączył z sobą odpowiednie połowy obu warg. W 8 dni potem przeciął szypułę, oskrobał z ziarniny, zgiąwszy go w środku, zdwoił, szypułę przyszył do zewnętrznéj warstwy wytworzonych poprzednio warg, górny zaś i dolny brzeg do brzegów sąsiedniéj skóry lica. Jednocześnie wykonał transplantacyję Thierscha na szyi. W 10 dni potem okrwawił płat na miejscu zgięcia i połączył z tylnym brzegiem braku. Wszystko w dwa tygodnie potem zagoiło się zupełnie. Zdwojony płat skóry wytworzył wargi bardzo dobre; natomiast połowa wargi dolnéj, zrobiona z płatu pojedynczego skurczyła się i ściągnęła ku dołowi. Pod względem estetycznym wynik był gorszy; część lica poza płatem zapadła się, wskutek czego płat w tem miejscu wystawał

dość znacznie, robiąc wrażenie guzowatości. Aby uniknąć tego, należałoby przy ostatniem wszywaniu płatu wpychać go bardziéj ku wewnątrz, aby tylko zewnętrzną warstwę jego zszywać ze skórą lica. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 21 sierpnia 1890. Po zjeździe berlińskim zapanowała cisza w świecia lekarskim. Gazety lekarskie zebrawszy sporo materyjału umieszczają skwapliwie sprawozdania, których na długie czasy starczyć będzie, zwłaszcza, iż zapewne niebawem wystąpią krytyki i polemiki, jakie już podczas trwania zjazdu czasami namiętniéj wybuchać zaczęły. Częstym powodem polemiki stają się też mimowolne pomyłki sprawozdawców, jak się to i w sprawozdaniu z naszego zjęzdu chirurgów przytrafiło. Przepraszamy Szan. Kolegów, których dotknęło przypadkowo przekręcenie ich przemówień, sprostowania najchętniéj umieszczamy.

* Na wystawie połączonéj ze zjazdem berlińskim przedmioty wystawione przez firmę Henryka Mattoniego w Franzensbadzie znalazły powszechne uznanie. W celu zapoznania członków Zjazdu z wodą giesshübelską, p. Mattoni dostarczył dla uczty, wydanéj dla członków zjazdu, bezpłatnie 4000 butelek téj wody, która uznaną została powszechnie za smaczny i orzeźwiający napój.

* Influenza pojawiła się w ostatnich dniach we Wrocławiu. Cholera w Hiszpanii rozszerza się, jednak epidemija jest dosyć łagodną.

* W Cieplicach czeskich do dnia 15 sierpnia było gości 5930. W Krynicy do dnia 11 sierpnia 3876. W Iwoniczu 1657 osób.

* Praga czeska. W miejsce prof. Horbaczewskiego, który rezygnował, prof. higijeny Hueppe mianowany został członkiem Rady sanitarnéj czeskiéj.

* W Giessen w obecności W. Księcia, profesorów, studentów i licznych deputacyj odbyło się odsłonięcie pomnika Liebiga, w Gietyndze zaś pomnika Wöhlera.

* **Budapeszt.** Senat sądowo-lekarski dla król. węgierskiego jest już ukonstytuowany. Prezesem mianowany prof. Kovacs, członkami proff. Ajtai, Plóss, Müller, Réczey; dyrektor szpitala Dr. Niedermann, docenci Bakó, Morowcsik, Pertik, Schwarczer, Szabó, Jelenffy i Schüchter, ostatni zarazem jest sekretarzem Senatu.

* **Berlin.** Przyszły zjazd lek. międzynarodowy odbędzie się w Rzymie; następne w Petersburgu i Paryżu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Braun z Marburga został powołany na dyrektora kliniki chirurg. do Królewca. — **Bonn.** Docent Dr. Oskar Witzel mianowany profesorem nadzw. — **Heidelberg.** Dr. Herman Klaatsch habilitował się jako docent anatomii opisowéj. — **Strassburg.** W miejsce Jollego powołanego do Berlina, prof. Fürstner z Heidelbergu mianowany prof. psychijatryi.

Nekrologija. W Paryżu zmarł prof. Siredey.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Wiad. Lek.* Nr. 5: Prof. Seifmanna, A. Litticha, J. Kubickiego i Dra Walentowicza: Perlica (gruźlica) bydła rogatego i trzody chlewnéj. (Środki policyjno-sanitarne, oraz policyjno-weterynaryjne). — Wskazówki ochrony od suchot płucnych. — L. Salo: W sprawie lekarzy szkolnych. — Dr. A. Pawlikowskiego: Sprawozdanie fizykatu miasta Lwowa za maj 1890. — Dr. J. K. Wilsona: Sprawozdanie z walnego zgromadzenia Tow. lekarzy galic.

Redakcyja otrzymała:

A. PUŁAWSKI: Żółtaczka złośliwa. (Odbitka z *Gaz Lek.* 1890) in 8-vo, str. 7.

Sprostowanie. W numerze XXXI na stronnicy 447 jest krótka wzmianka przemówienia kol. Sawickiego, którą według słów jego niniejszem prostujemy i przytaczamy. „Zwracam uwagę na konieczność sondowania macicy przed operacyją, by módz w razie ropnego otoku jamę maciczną dokładnie zdesinfekować. Niedawno z powodu zaniechania téj ostrożności sam bylem narażony na przykre powikłanie podczas operacyi. Ponieważ macica była zupełnie ruchoma i ściągliwa, rak zajmował, jak się pierwotnie zdawało, tylko szyjkę maciczną, stan ogólny był dobry, przypadek wydawał się bardzo łatwy do operacyi Tymczasem podczas takowéj, gdy po otwarciu tylnego sklepienia starałem się z powodu obrywania się szyjki uchwycić szczypczykami ciało macicy, ostatnia z powodu ścieńczenia i kruchości ścianek rozerwała się, przytem z jamy maciczněj wylało mi się blisko 2 łyżki cuchnącej prawie posokowatej masy.

Również zwracam uwagę na ważność powikłania ze strony kiszek podczas przebiegu pooperacyjnego. Może się mianowicie wskutek zapalenia zlepnego wytworzyć zgięcie jelita cienkiego, które powoduje niedrożność. Przypadek taki spostrzegałem na jednym z oddziałów chirurgicznych w Warszawie; pomimo wtórnéj laparatomii i usunięcia przeszkody przypadek zakończył się śmiertelnie.

W tymże samym numerze i téjże kolumnie w wierszu od dołu 16-tym po wyrazach „z powodu uchwycenia w ligaturę moczowodu" „w jednym z nich przyszło do wycięcia nerki."

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. we Lwowie. List otrzymaliśmy zapóźno, sprostowanie umieścimy w następnym numerze.

Do niniejszego numeru dołącza się ogłoszenie A. Keyssera, fabrykanta chemiczno-farmaceutycznych preparatów w Hanowerze (p. t. Odpowiedź).

W zast. Redaktora odpowiedzialnego: Dr. F. Murdzieński.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.